

Markku Heikinheimo, Jussi Huttunen, Martti Kekomäki, Kimmo Kontula, Pekka Mustonen, Kari Raivio ja Janne Rapola

Ehdotettu valinnanvapausmalli uhkaa palvelujärjestelmämme perusteita

Kustannuskehityksen hallitseminen on yksi hyvinvointisektorin uudistuksen tärkeistä tavoitteista. Kansainvälinen kokemus tukee sitä käsitystä, että hoidon saumattomuus eli integraatio, yhteispeli, on keskeisiä keinoja turhien hoidon vaiheiden välttämiseksi. Esimerkkeiksi kelpaavat tässä sekä Yhdysvaltojen Health Maintenance Organization -ratkaisut että Britannian terveydenhuollon tuoreet linjaukset (1).

Palveluiden integraatio on ollut myös sote-ratkaisun teoreettisessa ytimessä. Tuoreeseen valinnanvapauslakiin integraatio on sovitettu kovin kömpelästi ja jopa niin, että palveluiden parempi sujuvuus jää haaveeksi. Ehdotettu ratkaisu tulee todennäköisemmin kasvattamaan kustannuksia.

Suomessa integraation rakentamista ei tarvitse aloittaa tyhjästä. Lääkäriseura Duodecim on tehnyt vuosikautia töitä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon erilaisiin toimintaympäristöihin sijoitetun integraation vahvistamiseksi: Käypä hoito -suositukset on muokattu yhteisesti alueelliseksi hoitopoluiksi. Joskus tämä työ on saatettu tosin tehdä liiaksi erikoissairaanhoidon ehdoin, jolloin osaamisen siirtymistä terveyskeskuksiin ei ole varmistettu.

Esimerkillisesti toimivissa sairaanhoitopiireissä onkin ymmärretty, että osaamisen siirtäminen voi edellyttää erikoislääkäreiden ajoittaista siirtoa terveyskeskuksiin: painon pitää silti olla tiedon ja taidon eikä koko rutiini-

maisena vastaanottotoiminnan siirtämisessä. ”Saattaen vaihdettava” voisi olla toimintatapojen muutoksen ja uuden työnjaon otsikko. Kun tarvittavien voimavarojen riittävyys on varmistettu, uusi toimintatapa tarjoaa perusterveydenhuollon osajille arvokasta kokemusta sekä parhaimmillaan uudenlaista työn, oppimisen ja vastuunoton iloa.

Integraation seuraavana vaiheena voi olla joidenkin erikoisaloiden pysyvä edustus terveyskeskuksissa. Tällainen ”multi-specialty group practice” on Yhdysvaltojen terveydenhuollon toimivimpia malleja. Tiivis perustason yhteistyö auttaa mutkikkaiden terveyspulmien ratkomista etulinjassa ilman potilaiden siirtelyä. Ratkaisu edellyttää riittävän suurien väestöpohjia.

Syvenevä yhteistyö edellyttää tietenkin myös yhteisen hermorakenteen eli informaatioteknologian luomista. Osassa maata terveyskeskukset ja sairaalat käyttävät jo nyt yhteistä elektronista hyvinvointikertomusta; jossakin myös sosiaalipalveluiden tiedot on jo sisällytetty samoihin kansiin tukemaan sosiaali- ja terveystoimen horisontaalista integraatiota. Videokonsultaatioyhteyksiä rakennetaan, ja verkkoon siirretyistä potilaiden itsensä käyttämistä hoito-ohjelmista on saatu jopa erinomaista palautetta. Koska sosiaali- ja terveystoimen tavoitteet ovat yhteiset, pallottelun vähentäminen ja kansalaisen parempi pärjääminen, sektoreiden tiivis yhteistyö on mitä luontevin ratkaisu. Sosiaali- ja terveyskes-

Valinnanvapautta koskevassa lakiesityksessä näyttäisi olevan muutakin remontoitavaa kuin sen perustuslain vastaisuus



torien toimintakulttuurien yhtenäistämässä ja ratkaisujen vaikuttavuuden arviointityössä on silti vielä monen vuoden urakka.

Vaikka ajattelemme usein toisin ja vanha-kantaisesti, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon avovastaanotto ovat monen kroonisen sairauden hoidossa toistensa vaihtoehtoja eivätkä pelkkiä täydentäjiä. Järkevimpiä hoitoratkaisuja etsittäessä on siis hyvä kerätä hoitopolun kaikki kustannukset yhteen. Myös tällä on kansainväliset vastineensa. Muun muassa Yhdysvaltojen ”bundling”, kustannusten niputtaminen, korostaa hoitopolun kokonaiskustannusten merkitystä samalla, kun se estää kustannusten välttelyä ja siirtelyä toisten kannettaviksi: ”jokainen hoito toteutettakoon siellä, missä se on toteutettavissa pienimmin kustannuksien, hoidon turvallisuudesta tinkimättä”.

Koko maailmassa suomalainen astman hoito-ohjelma on ehdoton edelläkävijä: yhden sairauden kaikki kustannukset – syntyvätpä ne palvelujärjestelmässä tai sen ulkopuolella – on voitu kerätä yhteen monien vuosien aikasarjaksi (2). Tämä on yli kahdenkymmenen vuoden ja tuhansien eri toimijoiden yhteistyön, todellisen hoitointegraation, ylittämätön esimerkki. Se on kunniaksi Suomelle, jonka koko palvelujärjestelmä on jälleen arvioitu Euroopan kustannusvaikuttavimmaksi (3).

Eduskuntapuolueiden kaikkien kahdeksan puheenjohtajan Kesärannassa 23.3.2014 allekirjoittamassa julkilausumassa ”täydellinen vertikaalinen ja horisontaalinen integraatio” nostettiin sote-hankkeen yhdeksi johtajatuksiksi nimenomaan sekä osaoptimoinnin estämiseksi että kustannuskehityksen hallitsemiseksi. Tällä tavoiteltiin sitä, että alueellisten hoito- ja hoivakokonaisuuksien johto, rahoitus ja päätöksenteko olisivat yhdellä taholla. Marraskuussa 2015 näistä tavoitteista luovuttiin hallituskriisin uhatessa. Kesäkuussa 2017 perustuslakivaliokunta näki valinnanvapauslain luonnoksessa pulmia muun muassa yhtiöittämissä pakossa ja maakuntien oman palvelutuotannon rajaamisessa sekä julkisen hallintotehtävän antamisessa yksityiselle. Lakiesitys siirrettiin uudelleen valmisteltavaksi evästyksin, että huomio kiinnitetään pääasiassa luonnoksen perustuslaillisiin pulmiin.

Huomiotta on jäänyt siis se, että vain peruspalveluita koskeva valinnanvapaus rikkoo toiminnan integraatitavoitteen mahdollisimman täydellisesti. Tuhoa täydennetään vielä pelkkiä peruspalveluita koskevalla kapitaatiolla, jossa korvaukset määräytyvät listautuneiden potilaiden tai asiakkaiden määrän mukaan, jolloin palveluntuottajien kannusteet vaihtuvat kesken hoitoketjun. Omien kustannusten välttely alkaa kukoistaa ennennäkemättömällä tavalla, kun toimijat alkavat siirrellä hoitovastuita toisilleen omaa taloudellista hyötyään tavoitellen. Suurin hyötyjäryhmä ovat riitoja ja vastuita selvittävät juristit. Potilaat joutuvat pahenevan pallottelun kohteeksi, ja Suomen kansantalous kantaa suurimmat tappiot.

Lakiesityksessä näyttäisi siis olevan muutakin remontoitavaa kuin sen perustuslain vastaisuus. Sen vuoksi nykyisen hoitojärjestelmän ainutlaatuiset vahvuudet on säilytettävä huolellisesti seuraavassa lakiluonnoksessa. Kysymys ei ole valinnanvapauden vastustamisesta vaan sen järkevästä toteuttamisesta. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Timmins N, Ham, C. The quest for integrated health and social care: a case study in Canterbury, New Zealand. Lontoo: King's Fund 2013.
2. Haahtela T, Herse F, Karjalainen J, ym. The Finnish experience to save asthma costs by improving care in 1987-2013. *J Allergy Clin Immunol* 2017;139:408–14.
3. Euro Health Consumer Index 2016 report. Health Consumer Powerhouse 2017. https://healthpowerhouse.com/files/EHCI_2016/EHCI_2016_report.pdf.

MARKKU HEIKINHEIMO, professori, ylilääkäri
Helsingin yliopisto ja HYKS Lastenlinikka

JUSSI HUTTUNEN, professori, emerituspääjohtaja

MARTTI KEKOMÄKI, terveyden- ja sairaanhoidon emeritusprofessori

KIMMO KONTULA, professori, ylilääkäri
Helsingin yliopisto ja HYKS Sisätaudit ja kuntoutus

PEKKA MUSTONEN, LT, toimitusjohtaja
Kustannus Oy Duodecim

KARI RAVIO, emerituskansleri

JANNE RAPOLA, LT, päätoimittaja
Aikakauskirja Duodecim

Kirjoittajat ovat Aikakauskirja Duodecimin kolumnikirjoittajia

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole artikkeliin liittyviä sidonnaisuuksia